

アフターケア通院費支給申請書

標準
字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン	
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	ハ
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	°	
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ー

○濁点、半濁点
は一文字とし
て書いてくだ
さい。
(例)
カ^ハハ[°]

◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)

帳票種別
37320

①管轄局
②※未支給
1未支給

③※受付年月日
元号 年 月 日
7平成

④※指定医療機関番号

⑤健康管理手帳番号
「西暦年」「所轄局」「傷病番号」「振出番号」「枝番号」

⑥※金融機関コード
金融機関 店舗

⑦預金種別 ⑧口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。)

⑨口座名義人 (カタカナ)：姓と名の間は1文字あけてください

右の欄及び⑦から⑨の欄は、新規若しくは届け
出た振込を変更する場合のみ記入してください。

口座名義人

金融機関名

銀行
金庫
組合 店

通 院 費 請 求 欄	通 院 日	交通手段	1 日 の 片 道 の 交 通 経 路 ・ 距 離	金 額
	⑩ 元号 年 月 日 7平成	鉄 道 バ ス ()	() (経 由) () まで Km	(1) () 円
	⑪ 元号 年 月 日 7平成	鉄 道 バ ス ()	() (経 由) () まで Km	(2) () 円
	⑫ 元号 年 月 日 7平成	鉄 道 バ ス ()	() (経 由) () まで Km	(3) () 円
	⑬ 元号 年 月 日 7平成	上記交通経路による通院した片道の合計金額 ((1)+(2)+(3))		(4) () 円
	⑭ 元号 年 月 日 7平成	(5) (4)に記入した交通費の往復合計 ((4)×2)		⑮ 万 千 百 十 円 () () () () ()
		(6) アフターケア通院費の支給申請額((5)×通院日数) 又は領収書の合計		⑯ 十 万 万 千 百 十 円 () () () () ()

上記により、平成 年 月から平成 年 月までのアフターケア通院費の支給を申請します。

平成 年 月 日

〒 住 所

申請者の TEL - -

氏 名 印

(記名押印又は署名)

労 働 局 長 殿

受 付 印

アフターケア 名 称

実施医療機関の 所在地

TEL - -

(記入上の注意)

- 1 「交通手段」欄の()内は、鉄道及びバス以外の交通手段を利用した場合にその手段を記入してください。
- 2 「1日の片道の交通経路・距離」欄には、住居等から医療機関までの交通手段別の片道の交通経路及び距離を記入し、(1)～(3)にはその交通手段別の金額を記入してください。また、自家用自動車を使用した場合は、1Km当たり37円で計算した金額を記入してください。
- 3 領収書等による通院費の算出を行った場合には、必ず算出に使用した領収書等を添付してください。
- 4 (6)の欄には、(5)で算定した金額の合計額を記入してください。
また、領収書等により通院費の算出を行った場合には、「1日の片道の交通経路・距離」欄を記入の上、領収書等の合計額を(6)に記入してください。

お 願 い

- この用紙は、機械で直接処理しますので、折り曲げたり汚したり、また他の用紙をのりづけしたりしないでください。
- 小枠内は、黒ボールペンで、枠からはみ出さないように、表面の右上にある標準字体にならって、ていねいに記入してください。
- この用紙は、直射日光・湿気をさけて保管してください。